

**Pagamento bollo € 16
mediante modello F23**

ALL'AZIENDA U.S.L. TOSCANA SUD-EST
pec: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it.

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre
professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)**

ex art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

Primo inserimento

Aggiornamento graduatoria 2022

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....) il..... M__F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza..... (prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
cellulare(obbligatorio)
PEC.....e-mail.....(obbligatoria)

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

(deve essere presentata una domanda per ciascuna branca/area a cui l'interessato intende partecipare)

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....
- medici veterinari: area.....
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

a valere per l'anno **2023**, relativamente al seguente ambito zonale nel cui territorio intende ottenere l'incarico (*barrare una o più caselle. La domanda può essere presentata per un'unica graduatoria o per più graduatorie provinciali.*):

- AREZZO
- GROSSETO
- SIENA

chiede di essere inserito nelle graduatorie di disponibilità, per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione, di cui all'art. 19 comma 12 dell'ACN/2020, a valere per l'anno **2023**, relativamente al seguente ambito zonale nel cui territorio intende ottenere l'incarico:

- AREZZO
- GROSSETO
- SIENA

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria, copia di un documento d'identità in corso di validità e copia del modello F23 attestante il pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 (campo codice Ufficio o Ente: TZ9 - campo codice tributo: 456T).

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo (solo se diverso dalla residenza):

.....

Data.....

Firma per esteso.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....) il.....M_F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non
veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.
445

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere cittadino italiano;
 di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*).....

di possedere la laurea magistrale a ciclo unico in
conseguita presso l'Università di in data/...../.....
con voto/..... senza lode con lode;

di possedere il diploma di laurea triennale in
conseguito presso l'Università di..... in data/..../.....
con voto/..... senza lode con lode;

di possedere il diploma di laurea specialistica biennale in
conseguito presso l'Università di in data/..../.....
con voto/..... senza lode con lode;

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di
(medico chirurgo-odontoiatra-medico veterinario-biologo-chimico-psicologo) in data/..../.....
presso l'Università di.....;

- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli (medici chirurghi -
odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di
..... a decorrere dalla data/..../.....;

- di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione quadriennale in:

1) conseguita il...../...../..... presso
l'Università di..... con voto/..... senza lode con lode;

2) conseguita il...../...../..... presso
l'Università di..... con voto...../..... senza lode con lode;

3) conseguita il...../...../..... presso
l'Istituto di..... (riconosciuto ai sensi degli artt.
3 e 35 della L. 18 febbraio 1989 n. 56) con voto...../..... senza lode con lode;

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente
di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o
professionista sanitario nella medesima branca o area per cui si presenta domanda di inserimento
nelle graduatorie a valere per l'anno 2023;

- di avere svolto, ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, presso Aziende Sanitarie ed altre istituzioni pubbliche (Inps, Inail, Ministero della difesa, SASN, ecc.) la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, in qualità di sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato *(per il primo inserimento indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre 2021- per l'aggiornamento inserire solo i servizi relativi all'anno 2021)*:

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MOTIVI DI ESCLUSIONE:

Costituiscono motivi di esclusione:

- la mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'ACN/2020 per l'inserimento nelle singole graduatorie;
- la mancanza della firma nella domanda;
- la mancanza della copia del documento in corso di validità, trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione;
- la presenza di dichiarazioni mendaci eventualmente riscontrate a seguito dei controlli effettuati dalla Amministrazione circa il contenuto delle dichiarazioni rilasciate.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso

Allega:

- fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità;
- copia dell'avvenuto pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00, mediante utilizzo del modulo F23, compilato con i seguenti dati: campo Ufficio o Ente: codice TZ9 - campo codice tributo: 456T.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

1. *Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno **2023**. Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
2. *Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria.*
3. *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione Toscana.*
4. *L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
5. *Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana sud-est.*